

# 実務経験証明書

年 月 日

(宛先)旭川市長

所在地  
証明者 名称  
代表者名  
電話番号

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日
現住所	(〒 - )			
事業所(施設) の名称等	名称			
	サービス種別			
業務期間 (開始年月日～終了年月日)	開始年月日	終了年月日		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 )			
・上記の期間について、次のいずれかの内容について証明してください。 <input type="checkbox"/> 上記のうち、業務に従事していない日数 ( 日 ) ※ <input type="checkbox"/> 上記のうち、開始年月日を起算日又は年度単位で、各年180日以上勤務( 開始年月日・年度単位 )				
業務内容	・上記の業務期間における職種ごとの経歴を記入してください			
	(1)	年 月 日 ~	年 月 日	
	職種( ) 内容( )			
	勤務形態( 専従 ・ 兼務 )→兼務内容( )			
(2)	年 月 日 ~	年 月 日		
職種( ) 内容( )				
勤務形態( 専従 ・ 兼務 )→兼務内容( )				
(3)	年 月 日 ~	年 月 日		
職種( ) 内容( )				
勤務形態( 専従 ・ 兼務 )→兼務内容( )				
(4)	その他			

(備考)

- 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。  
※産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務に従事していない日数を記載ください。(土日祝も含む)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
- 業務内容欄の職種は、生活支援員、看護師等の職種を記入し、内容には、本来業務について、〇〇事業における〇〇業務等具体的に記入すること。また、勤務形態が兼務の場合は、兼務内容についても記入すること。
- 証明内容を訂正したものは認められません。
- 記載事項について、証明者に照会する場合があります。